

様式5 応援派遣看護職決定の報告書

報告ルート：応援派遣を出す施設 → 応援派遣を受ける施設

貴施設へ応援派遣する応援派遣看護職が決まりましたので詳細を報告いたします

応援派遣を出す施設の情報

施設名：

所在地：

応援派遣期間： 20 年 月 日 ～ 20 年 月 日 (日間)

応援派遣看護職の氏名等の情報

氏名

よみがな

年齢・生年月日 (歳) 年 月 日生まれ

住所 (〒 -)

電話番号

メールアドレス

保有免許

看護師 准看護師 助産師

その他

看護職を対象とした

無 有 (補償期間 月 日迄)

賠償責任保険等の加入

看護業務の経験に関する情報

看護職経験年数 年

現在の所属施設での経験年数 年

経験領域 (経験のあるものにチェック)

救命救急センター 救急病棟 ICU HCU

内科系 () 外科系 ()

小児科 産婦人科 その他 ()

経験 (行える業務にチェック)

人工呼吸器管理 ECMO 管理 周術期管理 抗がん剤投与

コロナ患者対応 PPE (N95 を含む個人防護具) 装着 PCR 検体採取

発熱外来

その他 ()

保有資格や修了している研修等とその領域 (保有資格等にチェックとその領域を記入)

認定 ()

専門 ()

特定行為 ()

その他 ()

本人の希望等

応援派遣を受ける施設の宿泊施設等の
利用 希望無 希望有

応援派遣を受ける施設の駐車場の利用 希望無 希望有

応援派遣にあたって 無 有（有りの場合は詳細を記入）
配慮していただきたいこと

各種感染症に関する抗体検査・ワクチン接種履歴情報等

保有抗体 B型肝炎
 麻疹 風疹 流行性耳下腺炎 水痘
 その他（ ）
※抗体があるもの全てにチェック

ワクチン接種履歴
インフルエンザ：
無 有 最終接種日（20 年 月 日）
新型コロナウイルス：
無 有 最終接種日（20 年 月 日）
その他（ ）
最終接種日（20 年 月 日）

緊急連絡先

応援派遣を出す施設の緊急連絡先
担当者氏名：
電話番号：
メールアドレス：

応援派遣看護職の
緊急連絡先（家族等）
氏名： 続柄（ ）
よみがな：
電話番号：
メールアドレス：

その他連絡事項等